Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.
(Direktor: Professor Dr. K. Stolte).

Ueber eine seltene Form diphtherischer Frühlähmung.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelm-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Martin Fischer
Arzt in Breslau.

Liegnitz 1923
Druck von Rich. Kaufmann, Prinzenstr. 4.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Stolte.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Nach Baginski unterscheiden wir
1) die diphterischen Frühlähmungen,
2) die postdiphtherischen Lähmungen.

Die Frühlähmungen, die äußerst selten sind, erscheinen meist in den ersten 3—4 Krankheitstagen. Man findet sie hauptsächlich bei den schwersten diphtherischen Erkrankungen. Es handelt sich gewöhnlich um Lähmungen des Gaumensegels. Die Spätlähmungen, die weit häufiger auftreten, sehen wir meist in der 3. bis 4. Woche nach dem Verschwinden aller Symptome, doch zeigen sie sich auch schon in der zweiten Woche, oder gar erst nach 5 bis 6, ja nach 8 Wochen. Sie weisen recht verschiedene Formen bezw. Krankheitsbilder auf.

Wir beobachteten einen Fall diphtherischer Frühlähmung, der hier kurz mitgeteilt sei. Es handelt sich um einen 2 3/4 Jahre alten, gut entwickelten Knaben, der am zweiten Krankseitstage in bedrohlichem Zustand in die Klinik gebracht wird. Die Tracheotomie, die bald nach der Aufnahme vorgenommen wird, bringt die erwartete Erleichterung. Die vorher stark behinderte Atmung wird frei und ruhig, die Zyanose geht zurück. Die dichten diphtherischen Membranen, die auf beiden Tonsillen sichtbar waren, lockern sich bald nach Injektion von 4000 I. E.—Di—Serum intravenös und 8000 I. E. intramuskulär, und sind nach 5 Tagen, am 6. 11., gänzlich geschwunden. Nach versuchsweise vorgenommenem Verstopfen der Kanüle wird diese am 7. 11. gänzlich entfernt. Die Atmung wird bald darauf jedoch zusehends beschleunigt, es treten wieder epigastrische Einziehungen auf. Daher laryngoskopische Untersuchung in der hiesigen Hals-, Nasen- und Ohrenklinik durch Prof. Klestadt. Es ergibt sich folgendes Bild:

Stimmbänder gut sichtbar; sie stehen auch bei tiefster Inspiration und bei Phonationsversuchen unbeweglich mit einem Spalt von 1—1½ mm. Deutliche inspiratorische Stenose, Stimme tonlos. Nunmehr Wiedereinführen der Kanüle. Die Atmung bessert sich. — Am 18. 11. zweite laryngoskopische Untersuchung: Stimmbänder subglottisch geschwollen, extrem abduziert. Keine absolute Ruhe mehr. — Nach zwei Tagen macht die Entfernung der Kanüle keine Schwierigkeiten. — Dritte laryngoskopische Untersuchung am 23. 11.: Linke Stimmlippe voll adduktionsfähig. Rechts annähernd und nicht regelmäßig. Beiderseits subglottische Wülste. Stimme tönend. — Allgemeinzustand bessert sich zusehends. Am 25. 11. völlig normales laryngoskopisches Bild. Am 9. 12. Entlassung in bestem Allgemeinzustand.

Es handelt sich also um eine beiderseitige Recurrens-Lähmung, die ein unüberwindliches Hindernis beim Decanulement bildete. Der Nachweis der Diphtherie-Bazillen bestätigte die Annahme einer Schädigung durch das Diphtherie-Toxin. Sie wird schon am 9. Tage nach Beginn der Erkrankung wahrgenommen und hat sicherlich schon vorher bestanden, was jedoch nicht beobachtet werden konnte. Beachtenswert ist der Verlauf dieser Lähmung. Er entspricht nicht dem von Semon-Rosenbach aufgestellten Gesetz.

In der Literatur sind Fälle doppelseitiger Recurrens-Lähmung nach Diphtherie recht spärlich. Frühlähmungen dieser Art wurden nicht beobachtet. Erwähnt seien Angaben von Schech, Uffenorde und Leube, die Recurrenslähmungen als diphtherische Spätlähmungen kombiniert mit anderen Lähmungserscheinungen beschreiben. Ferner eine Beobachtung von Gerhardt über Lähmung der Glottiserweiterer und endlich solche von Laehr, Martius und James Ball.